Ueber

Carcinoma uteri.

Inaugural-Dissertation
verfasst und der
hohen medicinischen Facultät
der
Kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
vorgelegt von

Aloys Boeckenhoff
pract. Arzt
aus
Erle (Westfalen).

Würzburg.
Becker's Universitäts-Buchdruckerei.
1881.

Referent:

Geheimrath Prof. Dr. Scanzoni von Lichtenfels.

Seinen

lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Der Verfasser.

Wohl kaum gibt es ein Organ des menschlichen Körpers, welches so mannigfachen Erkrankungen ausgesetzt ist, als die Gebärmutter. Eine der gefährlichsten und unheilbarsten Krankheiten, welche dieselbe befällt, ist das Carcinom, über dessen Entwicklung zahlreiche und sorgfältige Untersuchungen von den hervorragendsten Forschern angestellt sind. Während man früher der Ansicht war, der Gebärmutterkrebs bestehe der Regel nach in einer diffusen krebsigen Infiltration, ist man doch nach und nach zu der Ansicht gekommen, dass sehr häufig eine andere Erkrankung, nämlich papilläre und cankroide Dengeneration des Gebärmutterhalses vorangeht, die dann eine Umwandlung in eine krebsige Affection erleidet. Nach den Untersuchungen von *Waldeyer* entwickelt sich der Krebs des Collum uteri, wo er in der Mehrzahl der Fälle zu entstehen pflegt, entweder vom Rete Malpighi der Schleimhaut oder ausnahmsweise von den Drüsen des Halskanals aus. Gewöhnlich nimmt er seinen Ausgang von den interpapillären Einsenkungen des Rete Malpighi und entsteht in Folge dessen gewöhnlich an den Muttermundslippen, doch sehen wir ihn auch an papillenfreien Stellen sich ausbilden. Man unterscheidet nun, je nachdem eine Wucherung der Papillen

vorhanden ist oder nicht, die papillär villöse und die einfach infiltrirte Form.

Hinsichtlich der Häufigkeit in dem Auftreten des Carcinoms der Gebärmutter, in dem Sitze und Ausbreitung desselben, geben uns manche Statistiken werthvollen Aufschluss und soll es auch Zweck dieser Arbeit sein an der Hand der seit dem Jahre 1860 vorgenommenen Sectionen einige Mittheilungen dieser unheilvollen Krankheit zu machen.

Während in der Klinik von *Löbl* und *Lautner* in Wien von 210 Sectionen 89 an Krebs und darunter 24 an Uteruskrebs, in der Klinik von *Dittrich* und *Willigk* zu Prag von 3462 Sectionen 320 an Krebs und von diesen 82 an Uteruskrebs, in der Jacobshospital-Klinik zu Leipzig von 450 Sectionen 32 an Krebs und darunter 7 an Uteruskrebs, im Ganzen also von 5122 Sectionen 441 an Krebs und 113 an Uteruskrebs vorkamen, finden wir unter den am hiesigen pathologisch anatomischen Institute vorgenommenen 5161 Sectionen 320 an Krebs und darunter 53 an Uteruskrebs, also etwa die Hälfte von den Resultaten der drei genannten Universitäten. Nehmen wir die Summe aller mitgetheilten Sectionen, so ergibt sich die Zahl 10283, worunter 761 Krebse, wovon 166 Uteruskrebse waren. Wir sehen also aus dieser Zusammenstellung, dass in der That der Uteruskrebs unter dem carcinomatösen Erkrankungen eine grosse Rolle spielt.

Was zunächst den Sitz an den einzelnen Gegenden der Gebärmutter betrifft, so geht der Krebs beinahe ausschliesslich von der Vaginalportion aus und zwar von den Muttermundslippen; denn wenn auch einzelne Beobachtungen vorliegen, wo der Krebs bei vollkommener Unversehrtheit des Cervix zuerst im Körper oder Grunde des Uterus auftritt, so gehören doch diese Fälle zu den seltesten

Ausnahmen. Nach den Mittheilungen über das primäre Auftreten des Uteruskrebses von *Blau* (Berliner Dissertation von 1870) entwickelte sich das Leiden in 93 Fällen 87 mal am Cervix und blieb 48 mal auf denselben beschränkt, während es 31 mal über das orificium internum vorgeschritten war. Bei 8 Fällen wurde der Uteruskörper auf dem Wege der Metastase affizirt, und kam in 6 Fällen eine isolirte Erkrankung des Uteruskörpers vor bei vollständig intacter Vaginalportion.

Unter unsern 53 Fällen konnte 2 mal eine isolirte primäre Affection des Uteruskörpers constatirt werden. In 5 Fällen sehen wir nur Cervix und Corpus uteri erergriffen, in allen übrigen Fällen war die krebsige Degeneration auf die Nachbarorgane übergegangen.

Es ist leicht erklärlich, dass bei der innigen Verbindung des Uterus mit den verschiedenen Nachbarorganen sich das Leiden auf diese fortsetzt. So wird zunächst die Scheide, das Scheidengewölbe ergriffen, und zwar sehen wir bald das Scheidengewölbe, bald die ganze Scheidenhälfte, ja nicht selten die ganze Scheide bis in die Nähe der äusseren Scham krebsig entartet. Die Muscularis, das Bindegewebe zwischen Vagina einerseits und Blase und Mastdarm anderseits wird nicht selten zerstört, wodurch weite Communicationsöffnungen hergestellt werden, so dass Blase, Vagina und Mastdarm eine Cloake bilden.

In unsern Fällen finden wir 4 mal eine Erkrankung beschränkt auf Cervix und Vagina und zwar war in einem Falle der ganze Cervix und der oberste Theil der Scheide, 2 mal das Scheidengewölbe und im vierten Falle das ganze Scheidengewölbe krebsig zerstört, ebenso vordere Wand der Scheide mit Unterminirung der Excavatio vesico uterina.

Hat die Zerstörung die Gegend des inneren Muttermundes erreicht, so sind Blase und Mastdarm der Gefahr einer Miterkrankung ausgesetzt, und zwar um so leichter, wenn die Harnblase nicht gefüllt ist, weil dann die untere Fläche derselben mit der oberen des Scheidengewölbes und dem vorderen Theil des Uterushalses in inniger Berührung steht. Es entstehen Adhäsionen zwischen dem Bindegewebe der Scheide und der Harnblase, die für das Fortschreiten der Krebsneubildungen äusserst günstig sind. Von einigen Autoren war die Häufigkeit des Mitergriffenseins der Harnblasse bezweifelt. *Cruveilhier* war der erste, der darauf aufmerksam machte, dass fast stets Uteruskrebs mit Blasenkrebs zusammen vorkommen. *Credé* fand unter 14 Fällen 7 Harnblasenkrebse, *Lebert* unter 39 Fällen 6, *Wagner* unter 19 8 und unter unsern 53 Fällen waren 12 mit Harnblasenkrebs.

Es ist die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses auf die Harnblase von besonderer practischer Bedeutung, indem die früher oder später eintretende Zerstörung der Wände dieses Organs zu unheilbaren, die Kranken im höchsten Grade belästigenden Blasenscheidenfisteln Veranlassung gibt. Die Form der Perforationsöffnung ist in der Regel rund, seltener zackig, wie wir dies aus den Sectionsbefunden bestätigen können. Die Umgebung der Perforationsöffnung ist häufig hypertrophirt. In einzelnen Fällen kommt es vor, dass die krebsige Infiltration des Beckenzellgewebes, welches den Blasenhals umgibt, einen oder beide Uretheren derartig comprimirt, dass der Abfluss des Harns aufgehoben wird und dadurch urämische Erscheinungen auftreten.

Auch von der hinteren Wand der Scheide greift die krebsige Infiltration häufig über auf den Mastdarm und kömmt dies so zu Stande, dass sich die Excavatio recto-

uterina abflacht und zwischen beiden Organen Verwachsungen auftreten, schliesslich kommt es zum Zerfall der krebsig infiltrirten Partien und die Mastdarmscheidenfistel ist hergestellt. Diese Fisteln kommen in der Regel in der höheren Region des Mastdarms vor entsprechend dem oberen Scheidendrittel. Ein Fall war unter den hiesigen, wo eine Perforation ins Ileum stattgefunden hatte. Das Scheidengewölbe und Collum uteri waren in eine schmutziggraue fetzige Masse verwandelt, die die hintere Vaginalwand bis in den *Douglas*'schen Raum durchbrochen hatte, gerade hier war die Darmschlinge verklebt, deren Wand an dieser Stelle durchbrochen war.

Was die Häufigkeit der Scheidenmastdarmfistel anbelangt, so fand *Kiwisch* unter 74 Uteruskrebsen 11 Mastdarmkrebse und unter diesen 8 Mastdarmscheidenfistel, *Wagner* unter 19 Fällen 2 Mastdarmkrebse und einen Fall mit Fistelbildung; *Credé* unter 14 Fällen 2 und zwar beide mit Fistelbildung.

Unter den hiesigen Uteruskrebsen fanden sich 8 Mastdarmkrebse und 6 mit Scheidenmastdarmfistel. Wir sehen also, dass die Blase häufiger mitbetheiligt ist, als der Mastdarm und dass häufiger Blasenscheidenfisteln als Mastdarmscheidenfisteln vorkommen.

Eine noch seltenere Complication bilden Blasenscheidenmastdarmfisteln, welche etwa unter 100 Fällen 4 mal vorkommen. In diesen Cloaken findet sich urinöser föcaler mit Krebsmassen untermischter Inhalt, die den Kranken die grössten Beschwerden bereiten. Es kamen hier Fälle zur Obduction, wo die Ausmündungen der drei Organe, des Mastdarms, des Uterus und der Blase in einen Geschwürsgrund von schmutziggrauen fetzigen Massen durchsetzt verwandelt waren. Die Perforationen waren von

20 Pfennig- bis 5 Mark-Stück Grösse mit meist runden fetzigen Rändern, in einem Falle war die Wand des Rectums an drei nebeneinander liegenden Stellen durchlöchert, so dass nur einzelne Bindegewebsstränge übrig geblieben waren.

Dass die Krebsinfiltration vom Uterus auf die Ovarien übergeht, kommt nicht häufig, wenn aber, so sind in den meisten Fällen beide afficirt. Nach *Lebert* fand sich der Ovarienkrebs unter 39 Fällen zweimal, nach *Dittrich* unter 59 sechs mal. Was die hiesigen Fälle anlangt, so waren ohne Zweifel dreimal beide Ovarien mitbetheiligt, da deutlich Krebsmassen in demselben nachzuweisen waren.

Tubenkrebs soll äusserst selten vorkommen und werden die Beobachtungen von *Kiwisch*, der unter 73 Fällen denselben 18 mal beobachtet haben will, von mehreren Autoren bezweifelt. Er kommt, wie der Ovarienkrebs in den meisten Fällen auf beiden Seiten vor. Die hiesigen Sectionsberichte haben keinen Tubenkrebs verzeichnet.

Von der Blase oder dem Bindegewebe des Beckens greift das Carcinom häufiger auf die Uretheren über und zwar bald bloss auf einen bald auf beide. Das Lumen der Uretheren wird durch die Infiltration verengt, die Schleimhaut entzündet und so kommt es, dass da einer oder beide Uretheren durch Krebsmassen verschlossen sind, der Abfluss des Harns vorübergehend oder bleibend behindert und in Folge dessen urämische Erscheinungen auftreten, ein zweites Moment, wodurch urämische Erscheinungen zu Stande kommen. Unter den hiesigen Fällen war die Perforation der Blase drei mal zwischen den Mündungen der Uretheren erfolgt und beide in Mitleidenschaft gezogen. In einem Falle, wo der rechte Urether frei blieb folgender Sectionsbefund:

Vaginalportion ersetzt durch ein weiches weisses Krebsgewebe, das sich trichterförmig einschiebt und an der Oberfläche fetzig zerfallen ist. Uterusschleimhaut und Corpus uteri intakt. Dagegen greift die carcinomatöse Zerstörung auf Scheidengewölbe in der ganzen Peripherie über auf 1—2″. Perforationsöffnung des Rectums ist etwa ½ Gulden gross. Der rechte Urether ist nahe an seiner Mündung von Krebsmassen umhüllt und verschlossen; der linke ist frei.

Ausser den angeführten Complicationen des Gebärmutterkrebses verdienen besonders noch folgende hervorgehoben zu werden. Vor Allem entsteht der Lymphdrüsenkrebs in Folge von Krebs der Vaginalportion und zwar sind es hauptsächlich die Beckenlymphdrüsen, die in den breiten Mutterbändern sich befindenden, der Plexus iliacus externus, der Plexus hypogastricus und der Plexus sacralis medicus, welche der krebsigen Degeneration anheimfallen. Ferner sieht man in nicht seltenen Fällen die Lumbaldrüsen, welche theilweise vor, theilweisse hinter der Aorta liegen, krebsig zerfallen. Ueber die Häufigkeit des Lymphdrüsenkrebses sind die Ansichten der Autoren verschieden, doch steht so viel fest, dass diese Lymphdrüsen erst bei weitvorgeschrittenem Uteruskrebs erkrankten und so sehen wir auch in unsern Fällen, dass dann, wenn die Krankheit auf Uterus und Blase beschränkt blieb, dieselben nicht erkrankten, während in 12 unserer Fälle, wo der Prozess weiter vorgeschritten die meisten der angegebenen Drüsen erkrankt waren; man sieht bald einzelne Drüsen, bald ganze Packete ergriffen.

Was die Miterkrankung der Inguinaldrüsen anlangt, so ist dieselbe äusserst selten und sah *Dittrich* unter 59 Fällen dieselben zweimal afficirt, während wir keine Miterkrankung zu verzeichnen haben.

Auch die weiter entfernt gelegenen Organe werden zwar nicht oft, jedoch in einzelnen Fällen auf dem Wege der Metastase befallen. So wurde von *Dittrich* die Leber in 59 Fällen 2 mal, von *Lebert* unter 39 zweimal, von *Kiwisch* unter 73 Fällen dreimal und *Wagner* unter 62 Fällen viermal und von uns unter 53 Fällen ebenfalls vier mal mitergriffen gefunden.

Ebenso häufig ja noch häufiger wird die Lunge secundär befallen und zwar gewöhnlich treten in beiden Lungen aber nur in geringerem Grade die Krebsknoten auf. Gleichzeitig sind dann meistens auch andere Organe als Herz, Leber, Nieren, Bauchfell ergriffen. So sah *Kiwisch* unter den oben angeführten Fällen 7 mal *Lebert* 2 mal und *Dittrich* 6 mal Lungenkrebs auftreten; bei unsern Fällen fanden wir 2 mal Lungenkrebs angegeben.

Carcinoma cordis ist äusserst selten und wurde hier in einem Falle in der Herzmuskulatur etwa ein bohnengrosser Krebsknoten gefunden.

Während der Magenkrebs primär nicht so selten vorkommt findet er sich secundär bei Carcinoma uteri selten; über die Miterkrankung der Nieren werden von *Dittrich* und *Lossere* je ein Fall beschrieben. Es gehört zu den Seltenheiten, wenn zum Krebs des Uterus Krebs der Pleura, der Blutgefässe, der Nerven, der Muskeln, der Mamma und der äusseren Genitalien hinzutritt.

Während bei unsern Fällen kein Magen- und kein Nieren-Krebs verzeichnet war wurde zweimal Krebs der Pleura gefunden.

Thromben fanden wir bei einer Section in der Vena iliaca communis, in der cruralis, hypogastrica und in der vena pulmonalis; in einem zweiten Fall nur in der vena iliaca.

Wie weit überhaupt die krebsige Affection vorschreiten kann, sehen wir aus folgendem Sectionsberichte, wo selbst die Knochen inficirt waren:

Die Leiche ist stark abgemagert, die Hautdecken schlaff, namentlich links ödematös, die Gegend der linken Mamma ist mit Borken bedeckt, die Haut vielfach zusammengezogen. In der Umgebung der Borken finden sich Haselnussgrosse Knoten, über welche sich die Haut nicht verschieben lässt. Auf der Schnittfläche zeigen sie eine weisse Farbe; die rechte untere Extremität ist verkürzt, der Oberschenkel in der Mitte geknickt, man fühlt den Knochen von untenher vorstehend. Muskulatur atrophisch, blass, verfettet. Nach Wegnahme der Hautdecken zeigen sich carcinomatöse Neubildungen auf dem mittleren Theile des Sternum; beim Durchschnitt findet man abnorme Weichheit der Knochen, man sieht, dass die Carcinommassen die ganze Knochensubstanz durchsetzen, in den untersten Theilen sind dieselben noch ganz deutlich als solche zu erkennen. Beide Pleuren sind frei von Exsudat.

Das Herz von etwa 160 Gr. Flüssigkeit umspült, ist klein, die Muskulatur schlaff, enthält rechts Cruormassen mit spärlichen Faserstoffabscheidungen. Die Klappen rechts sind schlaff und schlecht entwickelt. Muskulatur mit braunen Pigmentirungen durchsetzt; die Klappen des linken Ventrickels, welcher sehr klein ist, sind verdickt; die Intima der Aorta im Bulbus fettig gezeichnet.

Die linke Lunge klein, fest; dem tastenden Finger sind mehrere harte Knoten fühlbar von der Grösse 1—1$^1/_2$cm. Die grösseren Knoten zeigen auf dem Durchschnitt dasselbe grauröthliche Aussehen, wie jene Knoten der Haut. Ein grösserer Knoten findet sich dem Hilus eines Bronchus aufsitzend, taubeneigross von mattweissem Aussehen in

pigmentirtem Gewebe; die übrige Lunge schwach lufthaltig; in den Bronchen findet sich eitrige Flüssigkeit An der rechten Lunge sind die oberflächlichen metastatischen Knoten der Pleura spärlicher, auch auf dem Durchschnitt finden sich nur wenige Knoten von derselben Beschaffenheit. Der Krebssaft ist leicht abzustreifen; ausserdem finden sich Cruormassen frischeren Datums.

Die Milz ist klein und schlaff.

Der Magen zeigt eine leichtere Einschnürung, die sich beim Zuge ausgleicht. In einer Dünndarmschlinge dem untern Theil des Jejunum entsprechend findet sich ein höckeriger Tumor 2½ Cm. hoch, 3 Cm. dick, welcher von der Serosa überzogen ist; an der Innenfläche dieser Stelle sieht man nichts als eine kugelige Hervorwölbung mit einer seichten Einziehung. Auf dem Durchschnitt ist der Tumor von derselben Beschaffenheit, wie die Obigen, in der Breite 1 Cm. und der Länge von 3 Cm. bereits verkäst. Die Mesenterialdrüsen sind vergrössert; die Magenschleimhaut grau gefärbt; beide Nieren klein, blass, anämisch; die Leber, mässig gross, zeigt mehrere eingelagerte carcinomatöse Einlagerungen, es findet sich ein grosser Knoten von 3½ Cm. Durchmesser, welcher von Gefässen durchzogen ist.

Nach Eröffnung des rechten Hüftgelenkes zeigt sich der Kopf beweglich, die Pfanne mit rothbrauner Flüssigkeit gefüllt, der Kopf stellt sich als ein ausgehöhltes Gebilde dar, da der Knochen ganz zu Grunde gegangen ist. In der Mitte des Oberschenkels findet sich die erwähnte Fractur, die Crepitation ist nicht deutlich zu fühlen, da der Knochen erweicht ist. Der Raum zwischen den beiden Bruchenden zeigt sich gefüllt durch knorpelartige Massen und Blut.

Am Uterus sieht man mehrere weissliche Knoten, die Scheide ist stenosirt für den kleinen Finger nicht mehr

durchgängig; an der Uterusfläche findet sich eine Masse schleimiger Flüssigkeit. Das rechte Darmbein ist leicht beweglich, namentlich in der Symphysis sacroiliaca. Der Knochen, welcher hier verdickt ist, lässt sich leicht durchschneiden, man sieht, dass das ganze Darmbein von carcinomatösen Wucherungen durchsetzt ist, nach hinten 6—7 Cm. grosse Knoten zeigend, nur noch an einzelnen Theilen Knochensubstanz enthaltend. Die Neubildung setzt sich auch auf die Muskulatur (Glutaei) fort. Die Pfanne ist sehr verschiebbar und zerfällt nach der Richtung ihrer drei Knochen, ein Querschnitt zeigt Knochenschwund und Carcinomwucherungen im Mark. Auch die Wirbelknochen scheinen mehr weniger der carcinomatösen Entartung verfallen und sind leicht zu durchschneiden. Unter der Fractur des Knochens reicht die carcinomatöse Wucherung nicht, nur die allernächsten Partien sind ergriffen.

Was das Alter anlangt, so pflegt das Carcinom der Gebärmutter am häufigsten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre aufzutreten, indess sind viele Fälle aus der Literatur bekannt, wo auch in früheren und späteren Lebensjahren diese Krankheit auftrat. So hatte *Scanzoni* einen Fall zu beobachten, wo eine Frau im 23. Lebensjahre und eine andere im 59. Jahre erkrankte. Unter unsern Fällen war die jüngste 30, die ältesteste Person 77 Jahre alt.

In den von *Scanzoni* angeführten 108 Fällen war das Verhältniss so, dass

4	zwischen	dem	20.	und	25.	Jahre
4	„	„	25.	„	30.	„
17	„	„	30.	„	35.	„
18	„	„	35.	„	40.	„
45	„	„	40.	„	45.	„
15	„	„	45.	„	50.	„

4	„	„	50.	„	55.	„
1	„	„	55.	„	60.	„

standen.

Gusserow, der 526 Fälle aus *Leber's*, *Kiwisch's*, *Chiari's*, *Scanzoni's*, *Läxinger's* und seinen eigenen Beobachtungen zusammengestellt hat, fand folgende Zahlen:

12	zwischen	dem	20.	und	30.	Jahre
161	„	„	30.	„	40.	„
217	„	„	40.	„	50.	„
102	„	„	50.	„	60.	„
30	„	„	60.	„	70.	“
5	„	„	70.	„	80.	„

Stellen wir unsere 53 Fälle zusammen, so ergiebt sich folgendes:

2	zwischen	dem	30.	und	35.	Jahre
5	„	„	35.	„	40.	„
9	„	„	40.	„	45.	„
14	„	„	45.	„	50.	„
7	„	„	50.	„	55.	„
5	„	„	55.	„	60.	„
5	„	„	60.	„	65.	„
5	„	„	65.	„	70.	„
—	„	„	70.	„	75.	„
1	„	„	75.	„	80.	„

Wir sehen also, dass entschieden die meisten Uteruskrebse zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre auftreten.

Ueber die Entstehungsursachen ist uns wenig bekannt, doch erscheint es uns auffallend, dass unter den von *Scanzoni* mitgetheilten Fällen 36 steril waren; ferner erscheint es auffallend, dass der Gebärmutterkrebs bei verheiratheten Frauen und unter diesen wieder bei mehrgebärenden häufiger vorkommt, als bei Jungfrauen. So hat *Tanner* unter

92 an Uteruskrebs leidenden Frauen nur eine Person gefunden, die als Jungfrau zu bezeichnen war, die übrigen hatten im Durchschnitt 6½ mal geboren. Auch wird von manchen Autoren die Erblichkeit als ein hauptätiologisches Moment des Uteruskrebses angegeben, während dieses von anderer Seite wieder bestritten wird. *Scanzoni* gibt als ein Hauptentstehungsmoment depremirende Gemüthsaffectionen z. B. Nahrungssorgen, Gram über erlittene Verluste etc. an und konnte er in 84 Fällen irgend eine unheilvolle Gemüthsbewegung als Ursprung des Leidens constatiren. Ferner legt derselbe Autor ein grosses Gewicht auf Excesse in venere hervorgegangen aus allzugrosser Geschlechtslust, wobei er angiebt, dass nicht die Häufigkeit, mit welcher der Beischlaf ausgeübt wird, sondern die ungewöhnliche sinnliche Aufregung ihm als bedeutungsvoll erscheine.

Ferner gibt er an, dass der Gebärmutterkrebs bedeutend häufiger in grösseren Städten vorkomme, als auf dem Lande, was jedenfalls mit dem verschiedenen Lebensweisen im Zusammenhang steht.

Wenn hinsichtlich der Diagnose die Erkenntniss des Carcinoma uteri in seinem weiter vorgeschrittenen Stadium keine Schwierigkeiten bietet, so ist es bei dem ersten Auftreten manchmal gradezu unmöglich eine einfache Hypertrophie von einer beginnenden krebsigen Affection des Cervix uteri zu unterscheiden, da es jedoch für die Therapie von der grössten Wichtigkeit ist, das Leiden in seinem Ursprunge zu entdecken, so wäre es gewiss wünschenswerth einige nähere Anhaltspunkte für die Diagnose zu gewinnen. Der Scirrhus des Cervix charakterisirt sich hauptsächlich durch folgende Momente: Es treten häufig heftige Schmerzen auf, die durch Bewegung nicht beeinflusst worden, der Hals ist sehr hart, uneben, höckerig, die Ränder der Mutter-

mundslippen sind zuweilen gekerbt. Häufig findet sich die Vagina an der Erkrankung mitbetheiligt; dazu gesellen sich reichlichere Menstruationen, bisweilen profuse Metrorrhagien, die von keinen Schmerzen begleitet sind. Das Aussehen der Kranken bietet jene Eigenthümlichkeiten der krebsigen Diathese.

Ueber den Verlauf der Krankheit lässt sich etwa kurz folgendes angeben:

Der Gebärmutterkrebs endet immer tödtlich, wenn nicht vorher durch eine andere schwere intercurrirende Krankheit dem Leben ein Ende gemacht wird. Die Dauer der Krankheit ist eine sehr verschiedene, je nachdem sie ältere oder jüngere Frauen befällt und welcher Gattung die krebsige Degeneration angehört. So sah *Scanzoni* mehrere Fälle, wo das Uebel Frauen befiel, welche schon längere Zeit die klimacterischen Jahre hinter sich hatten, von 5, 6, ja selbst zehnjährigem Bestehen. Befällt dagegen das Uebel jüngere, noch menstruirende Frauen, so ist die Erweichung, Vereiterung und Verjauchung der ergriffenen Stellen eine viel raschere und führt in kurzer Zeit zum Tode. Je schneller infiltrirt gewesene Partien erweichen, je rascher sich das Geschwür ausbreitet, um so ungünstiger die Prognose.

Die Erfahrung der Chirurgen und Aerzte haben hinlänglich bewiesen, dass es kein innerliches Arzneimittel gibt, welches im Stande wäre, die carcinomatöse Dyskrasie aus dem Körper zu verbannen. Alle jene Mittel, wie das Jod, Arsenik, die Merkurialien etc. haben einen bleibenden Erfolg nicht erzielt. Da wir nun aber die Geschwulst selbst für die Brutstätte neuer Krebskeime, welche über kurz oder lang durch Blut und Lymphgefässe in entfernte Organe getragen werden können, halten müssen, so ist es die erste Aufgabe der Therapie, die Geschwulst vermittelst des Messers

zu entfernen. Bei der Entfernung der Geschwulst ist vor Allem darauf zu achten, dass dieselbe möglichst frühzeitig geschehe, um sowohl den Säfteverlust, als auch der Infection vorzubeugen. Dann aber muss die Entfernung der krebsigen Massen eine vollständige sein, denn der kleinste Theil der krebsigen Neubildung, welcher zurückgelassen wird, würde sofort Recidiven hervortreiben. Leider sind wir einerseits in der Regel nicht im Stande, den Beginn der Krankheit zu erkennen, anderseits wird erst dann der Arzt zu Rathe gezogen, wenn die krebsige Infiltration bereits weiter vorgeschritten ist, so dass eine Therapie nicht mehr mit Erfolg gekrönt sein würde.

Zum Schlusse habe ich noch die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheimrath Prof. Dr. *Scanzoni von Lichtenfels*, meinem hochverehrten Lehrer, den besten Dank für die Anleitung bei dieser Arbeit auszusprechen.



